

1905

Poli

DU

SARCOME DE L'OVAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

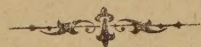
Le 26 Juillet 1905

PAR

A. B. POLI

Né à Olmeto (Corse), le 26 décembre 1863

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✱) DOYEN
TRUC ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✱)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. GUÉRIN.	
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (✱)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✱).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DU CAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS.

Professeur adjoint : M. RAUZIER

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, PAULET (O. ✱), E. BERTIN-SANS (✱)

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, agrégé libre,
	<i>Professeur adjoint.</i>
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VIRES	MM. SOUBEIRAN
DE ROUVILLE	VEDEL	GUERIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIERE
GALAVIELLE	POUJOL	GRYNFELTT Ed.
RAYMOND	ARDIN-DELTEIL	

M. IZARD, *secrétaire*.

Examineurs de la Thèse

MM. TÊDENAT, <i>président</i> .	MM. JEANBRAU, <i>agrégé</i> .
BOSC, <i>professeur</i> .	SOUBEIRAN, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MA MÈRE, DE MON FRÈRE, DE MA SOEUR

A LA MÉMOIRE
DE MON ONCLE JEAN-DOMINIQUE POLI
PHARMACIEN

A MON PÈRE

A MA FAMILLE BIEN-AIMÉE

A MÈS PARENTS

A MES AMIS

A.-B. POLI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

A.-B. POLI.

A MONSIEUR LE DOCTEUR EDOUARD BOSC

PRÉPARATEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A.-B. POLI.

INTRODUCTION

Pendant longtemps l'étude des tumeurs de l'ovaire se réduisait à quelques observations éparses, sans aucune vérification anatomique. Puis les interventions sont devenues plus fréquentes, les conditions fuyantes dans lesquelles aujourd'hui tout chirurgien peut opérer, ont permis des laparotomies jugées jusqu'alors trop périlleuses. Ces dernières ont dû leur permettre de faire une première division des tumeurs de l'ovaire : les kystes et les tumeurs solides. Il faut arriver à une période toute moderne, où les examens microscopiques et histologiques sont multipliés sur toutes les pièces d'ovariotomie, pour voir apparaître un classement de ces tumeurs solides.

Sous l'inspiration du Professeur Tédénat nous avons pris comme sujet de notre thèse inaugurale, l'étude du sarcome de l'ovaire. Cette étude est connue depuis longtemps, mais il ressort des recherches que nous avons faites, que l'histoire de ce néoplasme comporte encore bien des points obscurs. Nous n'avons pas eu la prétention de créer, de bâtir une étude de ce sarcome. Les différents chapitres qui suivent sont faits de simples constatations tirées des observations du sarcome de l'ovaire, vérifiées par l'examen microscopique.

Si ces examens microscopiques nous montrent la fréquence

VIII

relative de plus en plus croissante de ces tumeurs, ils ne nous renseignent nullement sur leur étiologie qui fait l'objet du premier chapitre.

Le second a trait à l'anatomie pathologique. Il ressort de cette partie de notre travail, que la structure, complexe parfois, du sarcome de l'ovaire, les modifications que cette tumeur peut subir, seules peuvent nous expliquer pourquoi les auteurs ont multiplié les variétés anatomiques de ce néoplasme.

D'ailleurs nous montrons dans le chapitre suivant que si la symptomatologie est au fond celle de toutes les tumeurs solides de l'ovaire, il y a cependant certains signes spéciaux à ces tumeurs, et que d'autre part il y a une certaine relation entre l'histoire clinique, l'évolution de ces tumeurs et leur variété histologique ; cela a une importance au point de vue du pronostic.

Nous traçons rapidement la façon de poser un diagnostic en réalité aussi difficile, et qui ne change en rien l'indication opératoire qui est l'intervention systématique et précoce.

Il serait trop long de retracer l'historique de ce sujet. Ce sont d'abord tous les travaux qui ont trait aux tumeurs de l'ovaire. Les travaux de Budin-Clément, Atthil, Assaky de 1873 à 1880 nous fixent l'histoire clinique des sarcomes. Puis viennent des observations multiples de Croom-Doran Heine etc. L'histoire anatomique et histologique a été remaniée par les travaux de Eckart, Pornuski, Malassez et de Sinety, Atinger, Cornil et Ranvier. Il resterait actuellement à faire une synthèse de ces travaux. Nous ne l'avons tenté qu'incomplètement, faisant cependant tout ce que nous pouvions faire, pour remplir le but que nous nous sommes proposé.

A l'occasion de notre thèse inaugurale, nous nous permettons d'adresser tous nos remerciements à nos Maîtres et Professeurs. Nous ne saurions oublier ici la bienveillance de

tous ceux qui ont présidé et participé à notre éducation médicale ; mais il en est un que nous n'oublierons jamais et à qui nous ne saurions trop prouver notre reconnaissance : c'est Monsieur le Professeur Tédénat ; maintes fois il a su nous témoigner une réelle affection ; nous avons été très souvent touché de l'intérêt qu'il nous a toujours montré au cours de nos études. Nous n'osons pas parler ici du professeur et du chirurgien dont la haute valeur est connue de tous ; nous lui adressons nos plus sincères remerciements (1).

(1) Au Docteur Godlewski, interne des hôpitaux, sincères remerciements pour l'amitié qu'il nous a montrée et sa collaboration pour ce travail.

DU

SARCOME DE L'OVAIRE

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Les sarcomes constituent une des variétés peu fréquentes des tumeurs solides de l'ovaire. Heim, sur 15 tumeurs solides, trouve 7 cas de sarcomes, et Dartigue a 20 sarcomes sur 70 cas. Les chiffres fournis par Ziembicki sont un peu plus en faveur de la fréquence de ce néoplasme. Sur 13 tumeurs solides opérées il a : 7 sarcomes ou cysto-sarcomes, 3 cancers, 1 épithélioma, 1 fibrome, 1 tumeur colloïde. Sur 12 tumeurs non opérées : 6 sarcomes, 4 cancers, 1 fibrome, 2 épithéliomas mucoïdes. D'après les importants relevés faits sur les ovariectomies de Schrader, Cohn en estime la fréquence à 1 0/0 relativement aux kystes de l'ovaire.

On les observe à tout âge, mais ce sont surtout des néoplasmes de l'âge moyen de la vie. C'est ainsi que d'après les relevés de Temesvary on les rencontre surtout aux environs de 32 ans ; et ces tumeurs de l'âge moyen sont surtout des sarcomes à cellules petites et rondes.

On peut les retrouver de 10 à 20 ans dans 5,7 0/0 des cas, rarement au-dessus de 45, 50 ans.

Cependant il faut signaler les cas de Page, de Burney, chez des petites filles de 10 ans, de Croom chez une petite fille de 7 ans à développement sexuel prématuré. Le plus jeune cas est de Doran : il s'agissait d'un sarcome bilatéral chez un fœtus de 7 mois.

Si l'on veut entrer dans l'étiologie propre du sarcome de l'ovaire, l'on se butte ici aussi aux mêmes difficultés que pour l'étiologie des tumeurs en général. Et nous sommes obligé d'admettre encore, comme pour toutes les tumeurs, deux groupes de causes : les unes favorisant l'évolution de la tumeur, prédisposant à son éclosion, les autres entièrement hypothétiques relatives à l'origine du processus sarcomateux, à la pathogénie du sarcome de l'ovaire.

En effet, dans l'étiologie de ce néoplasme il faut tenir compte de certaines causes, le plus souvent locales, dites prédisposantes. Ce sont, tout d'abord, toutes les causes de perturbation fonctionnelle de l'ovaire. C'est un fait admis en général que tout changement de structure d'un organe, toute irritation de cet organe, crée une prédisposition au néoplasme. Nous devons, par conséquent, mentionner tout ce qui dans les commémoratifs va déterminer une irritation congestive ou phlegmasique de l'ovaire, le traumatisme dont on mentionne toujours la cause favorisante dans l'étiologie des tumeurs (obs. Thierry). Il en est de même de la grossesse et de la puerpéralité.

Cependant il ne faut pas exagérer les relations qui peuvent exister entre le fonctionnement sexuel et le néoplasme de l'ovaire, Croom a examiné 37 laparotomies pour sarcome ovarien et sur 2 cas seulement a pu constater l'évidence de ces relations. D'autre part il semble que

c'est au moment où l'ovaire entre en fonctionnement, au moment où il est le siège d'une congestion intense que l'on doit constater le plus de cas de sarcome de l'ovaire. Or nous avons vu que c'étaient des tumeurs de l'âge moyen, 30 ans. L'on n'en rencontre que 5 0/0 au moment de la puberté.

Il faut tenir compte, en dernier lieu, de toute altération pathologique des ovaires et des lésions de cet organe. Les ovarites, salpingo-ovarites, doivent jouer un certain rôle. Nous verrons à l'anatomie pathologique des fibromes dégénérer en sarcomes des kystes papillaires, revêtir la forme adéno-sarcomes papillaires. Mentionnons également parmi toutes ces causes locales les malformations congénitales de l'ovaire.

Mais à côté de ces causes locales, certains auteurs insistent sur l'état constitutionnel, prédisposant, en même temps que souscrivant à l'influence déterminante exercée par une cause locale.

A l'appui de cette influence générale de l'état constitutionnel, on peut citer deux groupes de faits : d'une part l'hérédité très nette dans les accidents de certains sarcomes ; d'autre part la multiplicité des tumeurs chez un même individu. Ce dernier fait, d'ailleurs, peut s'appliquer aussi bien par la théorie infectieuse ou parasitaire par propagation du processus sarcomateux, ou par métastase, cela sans faire intervenir un état constitutionnel.

Aussi, pour expliquer la pathogénie du sarcome, diverses hypothèses ont été proposées. Ce sont ces théories microbiennes, ces théories parasitaires du sarcome en général, qui peuvent également s'appliquer au sarcome de l'ovaire. Des essais de culture microbienne, restés sans résultat entre les mains de Ballance et Lhattock,

auraient réussi au laboratoire de Francke qui décrit un microorganisme. Paulowsky, Clarke pensent aux sporozoaires. De multiples tentatives ont été faites, des inoculations ont été tentées, études menées parallèlement à celles sur l'origine du carcinome ; toutes ces recherches sont restées stériles.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Caractères macroscopiques. — Les sarcomes de l'ovaire ont leur siège tantôt sur l'ovaire droit, tantôt sur le gauche : bien souvent on rencontre du sarcome des deux ovaires. D'ailleurs, la bilatéralité est considérée comme assez fréquente, puisque certains auteurs, même dans les cas de sarcome unilatéral, craignant de laisser un noyau sarcomateux évoluant dans l'ovaire sain en apparence, font toujours et d'une façon systématique une ovariectomie double.

Le volume varie depuis les sarcomes petits comme une mandarine, jusqu'à ceux qui atteignent des dimensions assez considérables pour remplir le bassin et une partie de la cavité abdominale. Pozzi signale l'observation d'un sarcome double, à droite, du volume d'une tête d'adulte, à gauche de celui d'une tête de fœtus. Le poids peut être considérable : 883 grammes (Segond et Pinard), 2 kil. 500 (Pozzi-Dubois).

Sa surface extérieure est rarement lisse et unie ; ordinairement elle présente des bosselures, sillonnée par de fines veinosités, séparées par des sillons de profondeur variable. La coloration est blanc-jaunâtre, blanc-rosé : la consistance varie surtout avec le type anatomique du sarcome : tantôt d'une dureté fibreuse, dense, criant par-

fois sous le scalpel, ce sont des sarcomes à cellules fusiformes, ou bien des fibro-sarcomes ; tantôt la tumeur donne la sensation de mollesse qui est celle des tumeurs encéphaloïdes.

La coupe, gris-rosé, présente parfois des points ramolis, avec un piqueté hémorragique, des dilatations vasculaires. La capsule envoie des travées qui s'épaississent vers le centre, séparant et limitant des nodules de volume variable, arrondis, à bords festonnés.

La situation de la tumeur dans la cavité pelvi-abdominale dépend beaucoup de son volume. Si la tumeur est peu considérable, on la trouve soit dans le pelvis, à côté de l'utérus, ou en arrière de l'utérus, dans le Douglas, soit dans une situation élevée, longuement pédiculée, rattachée à l'utérus par l'aileron postérieur. Dès que la tumeur acquiert un certain accroissement, elle s'élève dans la cavité abdominale, devient médiane, dépasse même l'ombilic ; parfois aussi le développement est à la fois abdominal et pelvien, venant remplir le bassin, comprimant les organes qui y sont contenus, les nerfs et les vaisseaux (Dubois).

Les connexions de ces tumeurs sont importantes à connaître ; le plus souvent elles sont indépendantes des trompes et de l'utérus qu'elles déplacent, ce qui est un symptôme important pour le diagnostic de tumeur de l'ovaire (Bourgoin-Ziembicki). Cependant les sarcomes de l'ovaire peuvent contracter des adhérences avec les organes du bassin. Quand il y a bilatéralité, les deux tumeurs viennent se joindre sur la ligne médiane, donnant l'impression d'une tumeur unique, bilobée (Thierry).

Il nous reste à signaler, au point de vue macroscopique, parfois l'existence d'autres sarcomes (lig. large, uté-

rus, bassin, ganglions, etc.), la généralisation de masses sarcomateuses dans le foie, rein, poumon, etc.

Caractères microscopiques. — Les sarcomes, d'après Cornil et Ranvier, sont des tumeurs constituées par du tissu embryonnaire pur ou subissant une des premières modifications qu'il présente pour devenir du tissu adulte.

Ces caractères histologiques qui sont ceux du sarcome en général, nous allons les retrouver dans la description microscopique du sarcome de l'ovaire. Ici encore, tissu embryonnaire, tissu adulte jeune, tumeurs conjonctives ; mais la prolifération inégale de un ou de plusieurs tissus, les modifications histologiques qui en résultent font que les auteurs ont créé de nombreuses variétés anatomiques de ce néoplasme. Aussi, pour plus de clarté, nous allons étudier d'abord dans un premier paragraphe les sarcomes de l'ovaire purs. Le deuxième paragraphe comprendra les différentes formes mixtes de sarcomes modifiés par une évolution spéciale des cellules ou des substances fondamentales. Dans un dernier paragraphe, nous étudierons rapidement l'origine et l'évolution de ce néoplasme de l'ovaire.

§ 1^{er}. — SARCOME PROPREMENT DIT. TYPE STRUCTURAL SARCOMATEUX.

Le sarcome pur de l'ovaire n'est pas le plus fréquent des formes anatomiques des sarcomes de l'ovaire. Au point de vue histologique, il comprend deux types de structure bien différente : le sarcome fasciculé ou fibroplastique et le sarcome à cellules rondes.

Le sarcome fasciculé à cellules fusiformes se rencontre le plus souvent. Les cellules plus ou moins grandes constituent des fuseaux accolés entre eux et réunis en une sorte de tassage. Aussi, comme le fait remarquer Veit, il y a une grande ressemblance entre ces cellules fusiformes et les fibres musculaires lisses des myomes; ces dernières, il est vrai, plus longues, ont un noyau plus grêle.

La deuxième variété est composée de cellules sphériques, à noyau arrondi, entourée d'une très mince couche de protoplasme (Rundzellen-Sarcome). Elles constituent tout le tissu par leur juxtaposition; c'est, d'ailleurs, la variété la plus dangereuse (Wirchow, Pick).

Ces deux variétés sont très souvent combinées et l'on se trouve alors en présence de cellules rondes ou polyédriques, réunies en amas que circonscrit un fin réseau formé de cellules fusiformes et de quelques fibrilles conjonctives.

En l'absence de tout remaniement, de toute dégénérescence, le tissu est homogène, translucide, humide, compact, avec une certaine élasticité, sans suc dans les sarcomes fasciculés; sa consistance, au contraire, est très molle dans les Rundzellen-sarcomes. La circulation est très active, avec peu de vaisseaux artériels, mais accroissement énorme des capillaires et veines.

Comme dans tous les sarcomes, les dégénérescences sont fréquentes : dégénérescence hyaline, ramollissement, hémorragie. Aussi des cavités kystiques et des foyers de désintégration graisseuse se voient dans l'intérieur du tissu. On a dit que parfois ces dilatations kystiques sont d'origine folliculaire; cette assertion démontre simplement que les auteurs ont souvent confondu les sarcomes kystiques avec les cysto-épithéliomes, caractérisés par la prédominance de parties solides (de Sinety). D'ailleurs,

il est difficile d'établir une démarcation tranchée entre les tumeurs solides ayant subi la transformation kystique et les tumeurs liquides à structure complexe dans lesquelles l'élément solide offre une assez grande prédominance (Segond).

§ 2. — SARCOMES MODIFIÉS.

Les modifications peuvent résulter de ce fait qu'une grande quantité de fibres conjonctives viennent s'interposer entre les cellules, et nous avons alors le *fibrosarcome*. C'est la variété anatomique la plus fréquente des sarcomes de l'ovaire, puisque sur les 39 cas que Langmeister a observés, cet auteur trouve 25 cas de fibrosarcome. La tumeur, très dure, de couleur grisâtre ressemble le plus souvent à un fibromyome. Ce sont ces formes, sur lesquelles Bourgoïn a attiré l'attention, qui, d'abord fibromes au point de vue clinique, ont tout à coup la symptomatologie bruyante du sarcome. Il s'agit de l'évolution d'un fibrosarcome, constitué par une hyperplasie du tissu conjonctif avec tous les intermédiaires entre le fibrome et le sarcome. Cette variété pourrait être le siège d'un ramollissement muqueux ; c'est ce que Krukenberg a décrit sous le nom de *fibrosarcome monocellulaire de l'ovaire*.

C'est par le développement d'autres tissus, que l'on peut rencontrer des *chondro-sarcomes*, des *sarcomes ossifiés*. Le *myxo-sarcome* résulte d'une dégénérescence muqueuse en certains endroits de la tumeur.

L'on a décrit également des formes mixtes, dans lesquelles il y aurait des dilatations folliculaires, des *adéno-sarcomes*, *cysto-adénomes*, tumeurs voisines de

l'adénome et du carcinome (Sergey, Olshausen), c'est la *carcinoma sarcomatotum* de Wirchow.

Enfin les *adéno-sarcomes papillaires*, les *adéno-carcino-sarcomes papillaires* forment les variétés papillaires des tumeurs de l'ovaire (Pfannenstiel). Ici les cavités kystiques sont peu développées et sur des végétations, ces dernières sont des néoformations épithéliales dont le stroma conjonctif qui sert de substratum est également le siège de prolifération active. Il y a donc deux groupes de végétations : les unes conjonctives, les autres mixtes avec néoformation épithéliale (Malassez et de Sinety).

Endothéliomes. — On a décrit, récemment, sous le nom d'endothéliomes, une variété de néoplasme intermédiaire, au point de vue histologique, entre le sarcome et l'épithélioma de l'ovaire. Ces tumeurs, en effet, se présentent comme formées de nids, de réseaux cellulaires disséminés, épars dans une trame fibrillaire. Ces travées cellulaires sont disposées en réseaux anastomosés ; leur centre de formation semble être un vaisseau sanguin ou un lymphatique

La première description des tumeurs de ce genre a été faite par J. Kalaczek. Cet auteur a réuni 60 observations ayant toutes ce caractère de dériver des parois capillaires, d'être des productions endothéliales ou périthéliales ; il les a nommées angio-sarcomes. Golgi a le premier appelé endothéliomes des tumeurs de cet ordre. Viennent ensuite les observations de Olshausen Flaischlen, de Léopold (tumeur montrant à la coupe une trame réticulaire, parsemée d'une grande quantité de petites poches kystiques). Deux autres observations analogues au point de vue histologique quoique très différentes au point de vue clinique avaient été publiées par Marchand. Enfin

viennent Eckardt et Voumski qui firent entièrement l'étude histologique des endothéliomes.

Il semble, en effet, reconnu que les sarcomes de l'ovaire peuvent se développer électivement aux dépens des endothéliomes de capillaires sanguins ou de lymphatiques (Eckardt). Ces groupements cellulaires peuvent d'ailleurs affecter les types sarcome, adénome, carcinome, y compris tous les intermédiaires entre ces types de tumeurs.

C'est ainsi que Pick considère trois variétés de l'endothéliome de l'ovaire :

1° C'est ce qu'il appelle le Rosenkranzartige Sellketten, tumeur formée par des éléments cellulaires en couronne ; les cellules fusiformes constituent des réseaux rappelant la forme des vaisseaux ; on peut même retrouver parfois une lumière vasculaire ;

2° Drüsenschlauchähnliche Stiänge ; la préparation montre des cordons multicellulaires, limitant une lumière très nette ; il semble que l'on puisse reconnaître la lumière de glandes. Le tout ressemble à une formation adénomateuse, ou adéno-carcinomateuse.

Dans le dernier type, l'on retrouve surtout la structure du tissu sarcomateux ; les corps cellulaires endothéliaux ronds se montrent pressés en grande quantité. A un plus fort grossissement, on peut voir, comme Pick l'a représenté, quelques faisceaux connectifs parsemés intermédiaires.

Rarement on a ces trois types nets ; le plus souvent ils sont mélangés. Veit a signalé une observation de tumeur mixte endothéliome et cystadénome épithélial. Ces endothéliomes comme les sarcomes sont souvent le siège de dégénérescence.

Parfois la prolifération procède tout entière des vaisseaux, ou c'est par la prolifération seule du périthélium

que sont engendrés les éléments sarcomateux. L'endothélium des capillaires est en effet conservé. Ces tumeurs ainsi constituées ont reçu le nom de *Périthéliomes* (Eberth Annam. Voigt).

§ 3. — EVOLUTION ANATOMIQUE DU SARCOME DE L'OVAIRE

Au point de vue histologique le développement rappelle d'une façon exacte celui du tissu inflammatoire.

C'est ainsi qu'on assiste à la prolifération de cellules conjonctives à la formation d'un tissu embryonnaire, remplaçant le tissu primitif de l'organe. Le développement se fait aux dépens des propres éléments de la tumeur, il est à la fois périphérique et interstitiel et s'accompagne d'une circulation très active marquée par la dilatation et le nombre plus grand des veines et des capillaires.

Toutes les variétés de sarcome peuvent présenter les dégénérescences que nous avons signalées à propos du sarcome pur, hyalines, myxomateuses. Veit a signalé une observation du sarcome de l'ovaire ossifié ; d'ailleurs, ajoute-t-il, ces cas sont rangés par certains auteurs dans les tératomes.

L'extension de proche en proche est très rare pour le sarcome de l'ovaire ; l'implantation du néoplasme sur le péritoine a pu être observée certainement à ce que disent certains auteurs.

La coexistence de noyaux secondaires n'est pas rare, sur les ligaments larges, utérus, ombilic, etc. La généralisation est fréquente et l'on retrouve à l'autopsie les noyaux sarcomateux dans le foie, rate, poumon, etc. Il faut cependant signaler ce fait qui a son importance :

c'est la rareté de l'infection ganglionnaire dans le néoplasme de l'ovaire. Cependant nous citons une observation de Federlin (obs. XV), où un endothélium de l'ovaire s'accompagnait de noyaux sarcomateux dans l'utérus et dans les ganglions, et même les ganglions inguinaux.

L'observation IX, inédite, nous paraît encore plus importante et très rare. Nous avons là une tumeur à cellules rondes d'une malignité excessive. De volume considérable, elle est accompagnée de nodules secondaires, également sarcomateux. C'est ainsi que le grand épiploon se présente bourré de noisettes, sensibles à la palpation, en nombre de près de cent.

Nous avons tenu à citer ces deux observations parce qu'elles nous paraissent montrer les deux modes de généralisation du sarcome de l'ovaire. Dans l'observation XV évidemment celle-ci se fait par les lymphatiques. Enfin l'observation IX nous montre la voie sanguine. Macroscopiquement les nodules sarcomateux sont échelonnés sur le trajet des veines, microscopiquement le tissu sarcomateux se fusionne avec la paroi externe de la veine.

SYMPTOMATOLOGIE

Les sarcomes de l'ovaire, comme toutes les tumeurs solides de cet organe, présentent au début de leur évolution une période absolument latente qui ne se révèle par aucun symptôme. Mais bientôt, à un intervalle variable, d'une façon plus ou moins rapide, la tumeur s'accroît, se développe et apparaissent alors des symptômes multiples dus soit à la tumeur elle-même, soit aux phénomènes de compression ou réflexes qu'elle exerce, soit au retentissement sur l'état général ; ces signes sont variables avec chaque forme de sarcome. Nous allons les passer en revue en les divisant en symptômes fonctionnels et symptômes physiques.

Symptômes fonctionnels. — Les symptômes fonctionnels ressemblent beaucoup à ceux des autres tumeurs solides de l'ovaire ; ils comprennent la douleur, des troubles génitaux, viscéraux, des troubles de l'état général.

Les caractères de la *douleur* sont très variables, parfois elle peut manquer. Ordinairement ce sont des douleurs vagues, sourdes, simple gêne, sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Elles peuvent prendre au contraire une violence excessive ; elles reflètent dans ce cas, le plus souvent, la malignité plus grande de la

tumeur et coïncident avec un affaïssement considérable de l'état général. Leur moment d'apparition et leur durée est également variable : tantôt coïncidant avec les périodes menstruelles où elles acquièrent alors une acuité inouïe, tantôt ce sont des coliques réveillées par la station debout, la fatigue, le moindre travail.

Le siège de la douleur est le plus souvent localisé du côté du sarcome. Dans le cas de sarcome bilatéral, elle est aussi bilatérale. Mais les irradiations sont multiples, dans les lombes, le périnée, les membres inférieurs. Cette douleur tient à des causes multiples. Elle peut être due au sarcome lui-même, par le fait de son évolution (Dartigue). D'ailleurs, la compression des nerfs, les adhérences qui peuvent se former autour de la tumeur, l'enclavement de cette dernière dans le bassin, voilà autant de causes à invoquer suivant le cas.

Les troubles menstruels se rencontrent fréquemment. Le plus souvent ils correspondent à la période du début et se manifestent soit par la suppression des règles, soit par leur irrégularité, soit par des hémorragies. Pendant deux ou trois mois la malade ne voit plus ses règles, puis celles-ci deviennent irrégulières, quelques douleurs apparaissent et ce n'est que plus tard qu'apparaît la tumeur. Pendant l'évolution de cette dernière, les règles peuvent apparaître, mais sont très douloureuses.

Les pertes sanguines affectent le caractère de métrorragies ou métrorrhagies. Règles prolongées, plus abondantes que de coutume avec caillots (Dubois-Soubeyran-Tédénat). D'ailleurs, ces accidents hémorragiques se rencontrent plus souvent avec une grosse tumeur, cette dernière pouvant occasionner des phénomènes de compression sur les gros vaisseaux, et les veines empêchant

la circulation veineuse de retour, d'où hyperhémie passive de la muqueuse de l'utérus (Dartigue).

Grosse tumeur, son enclavement dans le bassin amène *la compression de différents organes*.

La compression des vaisseaux se traduit par l'œdème des membres inférieurs, de la paroi abdominale, avec veinosités sur cette paroi, coexistant avec de l'ascite.

L'*ascite* constitue en effet un symptôme important du sarcome de l'ovaire. Elle manque rarement (Picquet in Th. Bourgoïn, Paris). C'est une ascite rapide, précoce et considérable, se renouvelant en aussi grande quantité après chaque ponction. Cette ascite est en relation avec la plus ou moins grande malignité de la tumeur. C'est ainsi que faible dans les cas de fibro-sarcome, nous la voyons, d'une façon constante et considérable, dans ces sarcomes à cellules rondes, évoluant rapidement. Quant à l'origine de cette ascite, la compression des vaisseaux peut déjà nous en donner une explication. Peut être faut-il faire en outre intervenir là une réaction irritative du péritoine ? Enfin Hormann (Münch med. Wochensch., 21 mai 1905), dans une communication récente, appelle l'attention sur l'origine de ces pseudo-ascites des tumeurs solides de l'ovaire qu'il considère comme le produit de sécrétion des cellules épithéliales qui revêtent la tumeur ovarienne. La différenciation entre la véritable ascite et ces épanchements serait que dans ces pseudo-ascites le liquide contient beaucoup de mucine, substance qui ne se retrouve qu'en quantité minime dans la véritable sérosité ascitique.

Rappelons encore cette observation de Krukemberg qui trouve tout dans un cas de fibro-sarcome monocellulaire de l'ovaire avec insertion péritonéale, une ascite adipeuse et chyleuse.

Nous n'insisterons pas sur les symptômes dus à la compression des nerfs : douleurs, troubles moteurs, trophiques, etc.

Les compressions viscérales, du côté du rectum, donnent de la constipation ; du côté de la vessie, des troubles de la miction ; du côté des uretères, anurie, etc. Ces phénomènes, d'ailleurs, varient avec le siège du néoplasme suivant que la tumeur reste pelvienne ou devient abdominale.

Les *troubles de l'état général* se rencontrent dans les sarcomes de l'ovaire comme dans le cancer. Mais dans le sarcome il y a une longue période qui ne se manifeste que par les signes locaux de la tumeur, puis brusquement c'est l'état général qui est atteint et s'affaisse rapidement. Au contraire, dans le cancer, l'affaissement est plus progressif. A la période ultime du sarcome l'amaigrissement devient intense, on a le facies grippé, la perte des forces, perte de l'appétit, c'est la cachexie terminale de toutes les tumeurs malignes.

Signes physiques. — L'inspection ne nous donnera des renseignements que dans les cas d'ascite ou quand la tumeur aura acquis un volume assez grand pour faire saillie sous la paroi abdominale.

La percussion sert à délimiter la tumeur, à reconnaître la présence de l'ascite.

La palpation est plus importante. Souvent, douloureux, le palper devra être d'abord superficiel, léger ; s'il y a un peu d'ascite, il sera plus facile de mobiliser la tumeur et bien souvent l'on obtient ainsi la sensation du ballottement. C'est ainsi que dans l'observation de Thierry, le ballottement était si net que l'on put hésiter avec le diagnostic de grossesse. Grâce à la palpation enfin, l'on peut se

renseigner déjà sur les formes, les dimensions, la consistance, la situation du néoplasme.

Mais c'est surtout par le palper combiné au toucher vaginal que nous pouvons préciser les caractères de tumeur solide et de sarcome de l'ovaire. Dans ce cas on a la sensation d'une tumeur dure, à surface vaguement bosselée. L'on peut reconnaître l'existence d'un pédicule et si l'on imprime des mouvements à la tumeur on voit que l'utérus reste immobile ; ce dernier est indépendant de la tumeur. De dimensions normales, le col est celui de tous les utérus ; peut-être y a-t-il déviation par compression de la tumeur.

Ziembicki conseille de pratiquer toujours l'hystérométrie qui nous renseignera sur les dimensions, la longueur de la cavité utérine. Cette longueur est normale dans le sarcome de l'ovaire.

Cet examen physique devra être complété par le toucher surtout si la tumeur paraît plonger dans le cul de-sac rétro-utérin.

L'on peut également rechercher les ganglions signalés comme rares dans les cas de sarcome de l'ovaire. Nous publions le cas de Federlin (Obs. XV), de sarcome de l'ovaire avec adénite inguinale sarcomateuse.

EVOLUTION. — COMPLICATIONS. — PRONOSTIC.

L'évolution du sarcome de l'ovaire comprend plusieurs périodes. En effet au début c'est une période au cours de laquelle l'évolution est absolument silencieuse. A peine quelques troubles de la menstruation attirent l'attention du médecin sur l'appareil génital. Après un temps plus ou moins long quelques signes fonctionnels apparaissent ; un peu de douleur localisée avec irradiation ; le toucher vaginal et le palper vont nous renseigner sur les dimensions, la consistance, la sensibilité d'un ovaire pathologique. L'ascite paraît en quantité considérable. Aussi la tumeur va évoluer, se développant suivant les cas, soit vers le bassin dérivant des signes de compression, facile elle-même à diagnostiquer par le toucher vaginal, soit vers la cavité abdominale se dessinant sous la peau.

Il est bien difficile de fixer la durée totale de cette évolution. D'une part on ne sait quand elle a débuté et d'autre part, comme le fait remarquer Dartigue, l'opération est souvent venue mettre un terme à l'évolution ordinaire du néoplasme. En général nous pouvons considérer trois formes de sarcome de l'ovaire au point de vue évolutif.

Les uns, ce sont les plus rares, évoluent d'une façon extrêmement latente, sans donner lieu à des symptômes

objectifs ou subjectifs. L'état général est affaibli et une maladie intercurrente enlève la malade ; c'est à l'autopsie que l'on reconnaît l'évidence d'un sarcome de l'ovaire.

En opposition à cette forme, il nous faut signaler un cas où l'évolution est foudroyante. Une malade de Petit succombe rapidement à l'axphyxie et à l'obstruction intestinale. C'est aussi le cas de la malade de Clément (Obs. XIII).

Le plus souvent la durée varie de trois mois, six mois à deux ans. Il y a, semble-t-il, des poussées successives de malignité si l'on peut s'exprimer ainsi, des périodes de latence accidentées par un réveil du processus sarcomateux. Ce sont, enfin, des observations de sarcomes qui au cours de leur évolution, soit qu'il y ait traumatisme, soit affection locale, grossesse, ou sans cause bien apparente, franchissent brusquement les étapes, acquièrent une malignité excessive, se généralisent dans les organes, et jettent le malade dans une cachexie rapide qui clôture avec son tableau symptomatique l'histoire du néoplasme.

D'ailleurs l'évolution, si elle dépend un peu de la résistance vitale et organique que le malade oppose au sarcome envahisseur, est également en rapport avec la forme anatomo-histologique de la tumeur. Il est reconnu aujourd'hui que le fibro-sarcome jouit d'une moindre malignité que les autres formes de sarcomes. Au contraire les tumeurs les plus dangereuses, sur la malignité desquelles Pick a surtout insisté, ce sont ces formes de sarcomes à cellules rondes à petites cellules.

COMPLICATIONS. — Si l'évolution naturelle du sarcome de l'ovaire se termine par la cachexie rapide ou la géné-

ralisation, elle peut bien souvent être troublée par des accidents qui avancent l'issue fatale de la maladie.

Nous n'insisterons pas sur des complications telles que maladies intercurrentes survenant à un moment quelconque de l'évolution de la tumeur et dont le pronostic dépend beaucoup de l'état de résistance du malade. Nous avons également signalé les métastases qui peuvent se produire.

A l'autopsie, nous pouvons également rencontrer des noyaux sarcomateux dans d'autres organes. Ce sont des sarcomes du ligament large (Péan), sarcomes du bassin, de l'utérus, de l'ombilic (Péan, Veit, Cornil).

Veit prétend que rarement il y a implantation du sarcome de l'ovaire sur le péritoine. Nous ne croyons pas ces cas aussi rares. L'observation IX est très instructive à ce sujet.

On note souvent des adhérences de la tumeur avec différents organes (Doran), sur le ligament large, le septum recto-vaginal, l'intestin grêle, etc.

Localement, le sarcome, en se développant, dès qu'il a acquis un certain volume, donne lieu à des complications mécaniques de compression. Et ce sont des cas d'étranglement intestinal, d'occlusion chronique de l'intestin, etc. La compression des nerfs favorisera la production d'escharres, de dystrophies. Le péritoine réagira, et cette réaction inflammatoire se traduit par de la péritonite à différents degrés. La phlegmatia alba dolens, les embolies (Cornil) ont été également observées comme complications du sarcome de l'ovaire.

Comme les fibromes ovariens, comme les kystes ovariens, les sarcomes de l'ovaire peuvent se compliquer de la torsion de leur pédicule.

Dans un cas publié par Dartigue, le sarcome, gros comme une tête d'adulte, présentait un pédicule tordu

deux fois sur son axe. D'ailleurs cette torsion ne s'était traduite par aucun signe clinique appréciable ; elle n'avait pas déterminé de nécrose dans le bloc néoplasique.

Nelson cite également une observation où la torsion ne fut pas suivie de la nécrose de la tumeur (obs. XVI).

Dans une observation, nous signalons la coïncidence du sarcome de l'ovaire avec de la tuberculose.

Il est évident que, dans des cas semblables, il est difficile de faire la part de l'une et l'autre affection. Dans le cas que nous signalons, l'ascite pouvait être rapportée soit à la tumeur, soit à la tuberculose. Il est vrai que c'est la tumeur qui était l'affection principale et qui attirait l'attention. D'ailleurs, il peut y avoir méprise. Et dans l'observation, on a pu hésiter quelque temps et faire des masses dures que l'on percevait à la palpation des nodules, des nodosités de tuberculose péritonéale.

PRONOSTIC. — Les sarcomes de l'ovaire, de par leur accroissement, généralement rapide, leur généralisation, leur tendance à la récurrence, sont rangés dans le groupe des tumeurs malignes. Aussi le pronostic est-il très sombre. Nous verrons cependant que les résultats de l'intervention viennent un peu adoucir ce pronostic et qu'il ne faut pas condamner de parti pris la malade atteinte de sarcome de l'ovaire. Cependant les récurrences fréquentes, même après une large intervention, contribuent à augmenter la malignité de ces tumeurs.

D'ailleurs ce pronostic n'est pas le même pour tous les sarcomes, et cela ressort des considérations que nous avons posées sur l'évolution dans les différentes formes anatomiques du sarcome.

Cependant, même dans les fibro-sarcomes, considérés

comme des tumeurs à malignité atténuée, il faut craindre une poussée rapide survenant à la suite d'une cause quelconque. Nous admettons assez facilement avec Darget que les fibro-sarcomes de l'ovaire, si fréquents sur des tumeurs fibreuses, subissent à un moment donné la dégénérescence sarcomateuse. Ainsi peut-on expliquer l'évolution de ces sarcomes à évolution très lente pendant de nombreuses années, c'est la période fibreuse; puis à marche tout à coup rapide, c'est la phase sarcomateuse.

Il est un fait intéressant à étudier : les relations des sarcomes de l'ovaire avec la grossesse. La femme atteinte de ce néoplasme peut-elle être enceinte ? Quelle sera l'évolution de la grossesse ?

Il nous est facile de répondre à la première question. Le cas de Routier (obs. XVIII) est plus que probant. Une femme opérée pour sarcome unilatéral de l'ovaire donna le jour, un an après, à deux jumeaux. Il suffit que la lésion ne soit pas bilatérale.

Mais cette grossesse peut déterminer un accroissement plus rapide de la tumeur (obs. X). Münchmeyer, dans un cas où celle-là avait amené un développement colossal du néoplasme, dut faire l'ovariotomie. Aussi bien souvent est on obligé d'interrompre ou de hâter l'évolution de la grossesse par une intervention hâtive.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de sarcome de l'ovaire est d'une difficulté incontestable, si l'on désire un diagnostic complet et précis. Nous verrons cependant qu'au point de vue thérapeutique, ce n'est pas tout de savoir si l'on est en présence d'un sarcome ou d'un cancer, c'est de reconnaître qu'il y a tumeur solide de l'ovaire.

Les signes importants à retenir pour établir le diagnostic sont : d'une part l'apparition précoce de l'ascite, d'autre part la rapidité de l'évolution. Ajoutez à cela les symptômes des tumeurs solides de l'ovaire, surtout les signes physiques et, parmi eux, le palper combiné au toucher vaginal.

En présence d'une tumeur du bassin, reconnue dans ces conditions par de tels symptômes, on ne peut que poser trois questions :

- 1^o Est-ce bien une tumeur de l'ovaire ?
- 2^o Est-ce une tumeur liquide ou solide ?
- 3^o Quelle en est la nature et, celle-ci reconnue, la forme anatomique ?

1^o Est-ce une tumeur de l'ovaire ?

On peut songer à des *tumeurs du voisinage*.

La confusion se fait surtout avec les *fibromes utérins*. C'est surtout dans les cas de corps fibreux sous-périto-

néal pédiculé que l'erreur est difficile à éviter et que le diagnostic est considéré par Pozzi comme impossible. On a donné comme éléments de ce diagnostic la mobilité bien plus appréciable de ce néoplasme, son indépendance complète avec l'ovaire, et enfin ce signe, sur lequel ont insisté Bourgoïn et Ziembicki, la conservation des dimensions de la cavité utérine, appréciée par l'hystérométrie.

La constatation à la pression de la douleur ovarienne (Rocher), la présence de l'ascite plaident beaucoup pour une tumeur de l'ovaire.

Les fibromes du *ligament rond* et de la *portion abdominale de ce ligament* pourront être diagnostiqués par ce fait : la situation occupée par l'utérus, qui est en rétroposition quand il s'agit d'une tumeur du ligament rond, et refoulé en avant et en bas quand il s'agit d'une tumeur de l'ovaire (Labadie, Lagrave et Legeu).

Les tumeurs des parois du bassin sont plus faciles à reconnaître de par leur point d'insertion, leurs caractères de situation trouvés par les touchers vaginal et rectal.

Nous avons vu des cas où un sarcome de l'ovaire peut être pris pour *une grossesse* (Thierry). Un examen un peu attentif permet d'éviter cette erreur. La malité de l'ascite n'est pas celle d'un utérus gravide. Le ballottement n'a pas lieu dans un sac contractile alternativement dur et souple (Puech), enfin les bruits recueillis à l'auscultation sont isochrones avec le pouls du malade.

La grossesse extra-utérine peut plus facilement donner lieu à l'erreur, et ce n'est qu'un examen attentif des commémoratifs, des symptômes présentés qui pourrait, peut-être, nous les faire éviter.

2^o *Est-ce une tumeur solide ?*

Le diagnostic est facile dans les cas types de *kystes de*

l'ovaire. Nous voulons simplement attirer l'attention sur ces cas de kystes à parois épaisses, avec consistance ferme, ayant un liquide gélatineux, donnant la même sensation que les tumeurs solides qui ont des points ramollis, où l'on sent dans quelques cas la fluctuation.

3° *La nature de cette tumeur solide ?*

Est-il possible, une fois le diagnostic posé de tumeur solide de l'ovaire, de savoir si cette tumeur est un fibrome, un cancer, un sarcome, etc. ?

L'on accorde bien aux fibromes certains caractères, comme l'indolence de la tumeur, sa dureté ligneuse, son uniforme consistance, sa mobilité, l'absence d'ascite, avec son évolution lente sans généralisation, mais ce ne sont là que signes réservés aux cas de fibromes purs, typiques. Nous retrouvons pas mal de ces caractères dans les autres tumeurs et, d'autre part, les tumeurs de l'ovaire peuvent évoluer soit avec des caractères du fibrome, soit même pendant un temps assez long, sans symptomatologie bien déterminée.

D'autre part, nous avons vu combien il était difficile souvent de différencier, au point de vue anatomique, certains types de sarcome de l'ovaire des autres tumeurs. Nous avons vu ce qu'étaient ces types mixtes intermédiaires entre les fibromes et les sarcomes, ces adéno-carcino-sarcomes, types anatomiques, hybrides, tenant de plusieurs types histologiques purs. Ces tumeurs, au point de vue clinique, au point de vue de leur évolution, de leur bénignité, de leur malignité, participent des types de tumeurs qui les constituent ; rien d'étonnant que le diagnostic en soit aussi difficile.

D'ailleurs, au point de vue thérapeutique, ce n'est pas tant la forme anatomique de la tumeur qui fournira la

principale indication. S'il est intéressant de connaître la nature du néoplasme au point de vue clinique et pronostic, le simple diagnostic de tumeur solide de l'ovaire doit nous pousser à une intervention radicale et systématique et précoce, faite dans les conditions que nous allons fixer dans le chapitre du traitement.

TRAITEMENT

En présence d'une tumeur solide de l'ovaire, il n'est pas permis d'hésiter : tout sarcome de l'ovaire doit être enlevé. Bien entendu, il reste cependant à préciser les conditions dans lesquelles l'opération est encore possible, les indications qui règlent et légitiment l'intervention.

Inutile dans les cas de sarcomes généralisés, l'intervention ne sera pas davantage possible si l'on se trouve en présence d'une malade dans un état cachectique avancé, qui doit faire craindre une extension telle des lésions que l'opération apparaît à l'avance comme inefficace. On ne la tentera pas également dans les cas de sarcomes considérables avec points ramollis faisant craindre une dégénérescence myxomateuse et dont l'évolution suit une marche très rapide. Dans tous ces cas, où l'intervention paraît inutile et dangereuse, il faut alors traiter les symptômes, relever l'état général, calmer les douleurs, soulager la malade de son ascite par la ponction.

En dehors des cas dont nous venons de parler, y a-t-il des contre-indications à l'intervention ? L'âge de la malade ne fait rien pour l'opération. Elle a été faite chez des fillettes de 7 ans (Groom). La ménopause également ne doit pas entrer en ligne de compte. La grossesse non plus ne doit pas retarder l'intervention. Au contraire,

l'intervention ne sera que plus pressante, si l'on songe à l'impulsion fâcheuse que la grossesse peut donner au néoplasme, à la dystocie que peut entraîner, au moment de l'accouchement, une tumeur pelvienne.

D'ailleurs, si l'on songe à l'incertitude même du diagnostic, on ne saurait être étonné que certains auteurs conseillent une intervention systématique et précoce. L'on se trouve en présence d'une tumeur solide de l'ovaire dont on ne connaît pas le plus souvent le degré de malignité. Enlever cette tumeur, c'est déjà donner un gage de survie sinon de guérison à la malade qui est venue nous trouver.

L'intervention consiste en une ovariectomie, après section du pédicule aussi loin que possible. C'est à la laparotomie qu'il faut recourir; elle est, d'ailleurs, formellement indiquée quand la tumeur est volumineuse et se développe vers la cavité abdominale. Certains auteurs vont plus loin; ils font une ovariectomie double, même dans les cas de néoplasme unilatéral; ils supposent qu'il peut toujours exister dans l'autre ovaire, sain en apparence, un autre noyau sarcomateux. Il va sans dire que les adhérences qui peuvent se rencontrer au cours de l'opération seront rompues, et que s'il y a une altération de l'utérus, on n'hésitera pas devant une hystérectomie.

Cette intervention systématique se trouve pleinement justifiée par les résultats opératoires publiés par les divers chirurgiens. Veit, sur 14 cas opérés tardivement, a eu, il est vrai, 8 cas de morts, cinq morts dans le courant de la première année après l'opération, deux morts trois ou quatre ans après; 1, mort dans le courant de la septième année, a eu par conséquent sept ans de survie.

Les statistiques ordinaires sont meilleures. Sur 20 cas opérés même tardivement, on a observé 2 survies

d'un an et treize guérisons ; il est vrai qu'il s'est agi 11 fois de fibro-sarcomes. Il résulte de ces chiffres que l'on peut rencontrer de fréquentes guérisons et des survies assez longues dans les cas d'intervention pour sarcome de l'ovaire. Une survie de sept ans, de onze ans même comme dans un cas de Braum, est faite pour encourager le chirurgien. D'ailleurs, assez souvent la mort est due à une maladie intercurrente. Il est vrai qu'il faut souvent redouter les récidives ; mais c'est surtout dans les formes malignes des sarcomes de l'ovaire, dans ces sarcomes à petites cellules, à cellules rondes. Les cas de guérison, au contraire, se voient surtout dans les fibro-sarcomes, dans les sarcomes à cellules fusiformes.

D'autre part, si l'on compare ces résultats à ceux que donne l'intervention dans les cas de cancers de l'ovaire, on voit qu'ils sont meilleurs que ces derniers. A quoi cela tient-il ? Le sarcome a-t-il une malignité moindre que le cancer. Veit fait remarquer que l'intervention est plus facile, puisqu'il y a peu d'adhérences, l'extension est tardive et qu'enfin l'état général est moins précocement atteint que dans les cas de cancer.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Inédite. — Professeur Tédénat.)

Sarcome fuso-cellulaire des deux ovaires. Myomes de l'utérus. Amputation totale utéro-ovarienne. Guérison persistant depuis six ans.

Rose M..., 45 ans, est adressée à M. Tédénat par le docteur Bonnes (de Nîmes), le 3 juin 1898.

La mère est morte d'un cancer du sein, deux frères plus âgés et bien portants.

De bonne santé habituelle, réglée à 13 ans. Mariée à 22 ans, n'a pas eu d'enfants. Dès l'âge de 30 ans, métrorrhagies avec caillots durant six ou sept jours, au lieu de trois, sans douleurs, sans pertes blanches. En octobre 1897, douleurs vagues pelviennes. M. Bonnes constate à la fin de novembre, une grosse tumeur utérine et de l'ascite, mais peu abondante.

Depuis deux mois, aux pertes menstruelles très abondantes, avec caillots, s'ajoutent des pertes sanguines irrégulières et fréquentes et aussi des pertes aqueuses parfois profuses.

Malgré les injections, des injections d'ergotinine, les pertes continuent ; l'ascite augmente rapidement (mars 1898) et M. Bonnes constate à droite de la tumeur utérine

une autre tumeur arrondie du volume du poing (10 mai 1898).

Le 4 juin M. Tédénat note : ascite moyenne, utérus en rétroversion remontant jusqu'à l'ombilic, dur, noduleux. Du côté droit et paraissant indépendante de l'utérus, une tumeur plus molle, mobile, du volume des deux poings, lisse dans son ensemble ; il diagnostique : myome utérin et kyste de l'ovaire droit. L'état général est médiocre : pâleur par suite des métrorrhagies fréquentes, douleurs sourdes continues. Une opération est acceptée et la malade qui urine peu (7 à 800 gr.) avec hypoazoturie (6 à 10 gr. d'urée) est soumise pendant cinq jours aux lavements salés matin et soir. Le taux de l'urine atteint alors 1.400 gr., celui de l'urée 12 gr.

11 juin. — Laparotomie : ablation facile d'une tumeur de l'ovaire droit. Amputation régulière de droite à gauche et totale de l'utérus et des annexes gauches. Pas d'adhérences. Opération rapide et facile. Injection de sérum 500 gr. par jour, pendant les deux premiers jours. Guérison sans incidents.

La malade quitta la clinique le 8 juillet. Elle était en bonne santé en mai 1904.

Examen des pièces. — Dès l'ouverture du péritoine il s'est écoulé environ trois litres de sérosité ascitique jaune clair, très fluide et sans viscosité.

L'utérus a subi une augmentation régulière de son volume. Il pèse 1980 gr., sa consistance est dure. Six nodules fibromateux interstitiels, faisant légère saillie dans le péritoine ; un nodule au niveau du fond soulève la muqueuse molle et épaissie. Les fibromes sont tous fermes, régulièrement encapsulés et énucléables.

L'ovaire droit, arrondi, du poids de 115 gr., de couleur

gris rosé, lisse dans l'ensemble avec quelques vagues bosselures.

L'ovaire gauche a la forme et les dimensions d'un gros œuf de poule, lisse, ferme avec plusieurs corps jaunes récents.

Des coupes faites sur les deux ovaires montrent une structure à peu près identique : cellules fusiformes à gros noyau fortement coloré en rouge (picro carmin) ; par places îlots de cellules arrondies sans charpente fibreuse appréciable. Il ne reste pas trace de tissu ovarien normal. A la périphérie de l'ovaire gauche, quelques rares follicules entourés d'éléments embryonnaires à gros noyau

OBSERVATION II

Sarcome de l'ovaire fuso-cellulaire.

Olshausen, in Billroth Handb. der Frauen Krankheiten. p. 424.

S..., âgée de 27 ans, a des troubles menstruels coïncidant avec tumeur qui s'accroît en un an. Sarcome à droite, a la consistance d'un fibrome, d'une grande mobilité latérale. Un peu d'ascite.

Cavité du bassin libre. Utérus en rétroversion et indépendant de la tumeur.

Laparotomie. Légère adhérence de la tumeur avec épiploon. A gauche ovaire kystique. On enlève la tumeur ovarienne droite et l'ovaire gauche. Guérison.

Tumeur solide présentant deux petits kystes de ramollissement. Le pédicule a la même conformation que celui des kystes de l'ovaire. L'examen microscopique démontre qu'elle avait la structure d'un sarcome à cellules fusiformes.

OBSERVATION III

Fibro-sarcome de l'ovaire

(*Bulletin de chirurgie*, 13 novembre 1899)

Monod présente un fibro-sarcome de l'ovaire enlevé chez une femme de 59 ans. Cette tumeur avait développé une ascite considérable ponctionnée à plusieurs reprises. Diagnostic fait par une laparotomie exploratrice.

OBSERVATION IV

(Dubois. Th. Paris, 1891)

Fibro-sarcome de l'ovaire gauche

X..., 38 ans, réglée à 16 ans 1/2 irrégulièrement. Deux grossesses normales, une fausse couche de 5 mois à 29 ans. Depuis lors gêne, pesanteur dans la fosse iliaque gauche avec irradiations. Règles abondantes, douloureuses avec leucorrhée.

Il y a 5 ans, ventre augmenté de volume avec tumeur à gauche. Il y a 3 ans, une ponction permet de retirer 5 litres de liquide ambre et clair. On s'aperçoit que la tumeur avait triplé de volume (Tête de fœtus à terme). Les douleurs deviennent plus violentes.

Examen. — Ventre volumineux avec ascite. A gauche tumeur irrégulière, mobile vers la cavité abdominale. Le toucher combiné au palper permet d'isoler l'utérus de la masse, qui déborde du côté du cul-de-sac gauche. La masse semble pédiculée du côté des annexes qu'il est impossible d'isoler.

Laparotomie. On enlève la tumeur. Guérison.

L'examen histologique a montré : fibro-sarcome avec prédominance de l'élément embryonnaire.

Poids : 2 kilogr. 500

OBSERVATION V

Résumée. — *In* thèse Dubois de M. le docteur Thierry.

Double fibro-sarcome ovarique.

X..., 30 ans, entre le 20 décembre 1897 pour une prétendue grossesse gémellaire avec état général grave. Réglée à 14 ans. Du 25 février au 3 mars les règles paraissent pour la dernière fois.

Au 1^{er} avril, chute d'une échelle ; nouvelle chute quelques jours après à travers les escaliers. Ecchymoses et vives douleurs abdominales. Depuis lors, elle souffre du bassin ; l'abdomen a grossi ; l'état général est mauvais ; fièvre, sueurs, nausées, vomissements.

Examen. — Teint pâle, amaigri, seins peu développés sans aréole foncé. Abdomen très distendu. Toute la région sous-ombilicale jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic est, en effet, occupée par une masse très dure, très régulière en avant, bosselée sur ses limites supérieures. Toute une portion arrondie, située dans la fosse iliaque gauche, simule exactement une tête de fœtus à terme.

Cette portion se continue par une série de dépressions et reliefs qui pourraient en imposer pour des membres fœtaux ; d'autant mieux qu'au niveau de l'ombilic toute partie de la tumeur est mobilisable.

Aucun mouvement spontané. Pas de bruit fœtal, ni souffle. Fluctuation surtout à l'hypogastre.

Le toucher vaginal montre l'excavation en grande partie remplie par une tumeur, dont la base occupe tout l'axe du détroit supérieur et dont le prolongement descend entre les parois postérieures et latérales gauches du petit bassin. Dure, régulière, lisse. Le col est dur et paraît indépendant de la tumeur. Le toucher rectal permet de voir l'indépendance de la tumeur et des os du bassin.

On pense à une tumeur de l'ovaire.

21 décembre. — Ponction d'urgence.

30. — Nouvelle ponction d'urgence et mort le 6 janvier.

Autopsie. — Ascite. Masse volumineuse, bouclée, adhérente à l'épiploon composée de deux tumeurs adossées l'une à l'autre sur la ligne médiane, rattachée toutes deux à l'utérus par l'aileron postérieur et tenant la place des deux ovaires.

La tumeur de gauche, plus volumineuse, envoie un prolongement dans le petit bassin. A la coupe, cavité kystique pouvant contenir 500 gr. de liquide clair et visqueux. La seconde tumeur plus petite, sans cavité kystique.

Examen histologique. — A fort grossissement, la tumeur paraît formée de deux sortes de tissus.

a) A quelque distance des kystes, en des points où les noyaux sont rares, on distingue des faisceaux de fibrilles pleureuses : tissu fibromateux adulte.

b) Au milieu des kystes, on remarque que ces derniers n'ont pas de paroi propre. Ils sont délimités par le tassement des cellules à leur périphérie. La forme irrégulière de quelques-unes de ces cellules permet de supposer qu'elles sont en voie de désintégration. Cellules nucléées qui ne sont pas toutes fusiformes. Quelques-unes plus petites affectent la forme arrondie.

En somme fusion interne de tissu fibromateux et de sarcome kystique.

OBSERVATION VI

Grossesse in Ladouce. Thèse Paris, 1890

Sarcome médullaire de l'ovaire droit

Femme 20 ans, mal réglée, accouchée fin novembre 1869, 18 mois auparavant on avait constaté une tumeur dans le ventre : 15 jours après les couches, explosion de douleurs violentes.

Tumeur indolente comme le poing, siège à droite, mobilité considérable. Utérus de volume normal, est tout à fait indépendant. Cachexie. Mort trois semaines après l'accouchement.

Autopsie — Sarcome médullaire de l'ovaire droit, adhérences légères à l'intestin grêle. La capsule d'enveloppe est épaissie et vasculaire. Contenu mollasse et peu riche en stroma.

OBSERVATION VII

Thèse Ladouce. Paris, 1890

Sarcome kystique de l'ovaire gauche

Femme 25 ans, bien réglée. A la fin de l'année 1870, ventre développé. Un mois après on trouve : tumeur à gauche comme une tête d'enfant. Consistante, élastique, mobile. Utérus sain, petit, indépendant. Plusieurs ponctions d'ascite. Marche rapide.

Œdème, cachexie, mort trois mois après le début.

Autopsie. — Sarcome kystique avec cloisons fibreuses à contenu gélatineux et sanguinolent ; légères adhären-

cès aux parois et à l'intestin grêle. Tous les autres organes sains.

OBSERVATION VIII

Picquet in Th. Bourgoin. Th. Paris, 1894

Sarcome kystique de l'ovaire

A. C., 39 ans. Réglée à 11 ans, mariée à 23. 2 enfants. 2 fausses couches. Début par une métrorrhagie abondante et affaiblissement général.

Tumeur abdominale. Toucher vaginal : Col de l'utérus normal. Cul de sac libre.

La tumeur paraît dépendre de l'utérus, on en fait un fibro-myome utérin

Laparotomie : Sarcome kystique de l'ovaire.

OBSERVATION IX

(Inédite. — Professeur Tédénat)

Sarcome globocellulaire de l'ovaire droit pesant 350 grammes. Nombreuses tumeurs sarcomateuses développées sur les veines du grand épiploon, lequel enlevé en entier pèse 2400 grammes. — Guérison. — Récidive deux mois plus tard. — Mort trois mois après l'opération.

Jeanne P..., 18 ans, demeurant à Alais. Rien à noter dans l'hérédité. Bonne santé habituelle, complexion moyenne. Réglée à 13 ans, toujours régulièrement, pendant 3 ou 4 jours.

Règles un peu plus abondantes depuis le mois de novembre 1898. En décembre, vagues douleurs abdominales. Le docteur Gascuel consulté le 10 janvier 1899, constate un peu d'ascite, sans tumeur appréciable, sans

douleur notable spontanée ou à la pression. La santé générale est satisfaisante ; quinze jours plus tard l'ascite a augmenté, il existe dans le voisinage de l'ombilic quelques nodosités qui font craindre une tuberculose péritonéale.

20 février. — L'ascite distend le ventre, où on sent une masse noduleuse du volume des deux poings occupant la région sous-ombilicale. Les règles un peu plus abondantes ont duré du 3 au 10 février. Douleurs sourdes lombéo-abdominales. La malade est adressée à M. Tédénat et est admise dans son service (salle Desault, n° 26) le 26 février.

La malade est pâle et a maigri. Rien à noter dans les viscères thoraciques, ni au foie. Appétit diminué, constipation. Température normale, pouls entre 80 et 92.

L'ascite distend le ventre. Masse noduleuse mobile remontant à l'ombilic et plongeant dans le pelvis. L'exploration combinée (malade vierge) montre l'utérus normal, rejeté à gauche et en avant. Dans le Douglas masse arrondie, forme du volume des deux poings, paraissant appartenir à l'ovaire droit, mobile. On sent plusieurs nodules formant grappe au dessus et en arrière.

M. Tédénat porte le diagnostic de kyste papillaire de l'ovaire, à cause de la disposition lobulée, de l'ascite abondante. Malgré la gravité et l'étendue des lésions, il conseille une opération que la malade réclame à cause des douleurs croissantes qu'elle éprouve.

1^{er} mars. — Laparotomie médiane. Il s'écoule environ 6 litres de liquide ascitique rosé, très fluide, sans viscosité. Le grand épiploon se présente un peu adhérent et bourré de tumeurs arrondies du volume d'une noisette, d'une noix, d'une petite pomme. M. Tédénat prolonge l'incision au-dessus de la cicatrice ombilicale qu'il résèque. Ligature en chaîne de l'épiploon à sa partie supérieure. Toute

la masse est alors rejetée hors du ventre et avec la partie inférieure du gâteau épiploïque noduleux sort l'ovaire droit du volume des deux poings. Il adhère à la masse épiploïque. Ligature du ligament infundibulo-pelvien, de la trompe et du ligament utéro-ovarien. L'utérus et les annexes gauches sont sains. Toilette du pelvis facile : il n'y a pas eu d'hémorragie, les adhérences étant nulles entre la masse ovarienne et les organes intrapelviens. Suture, sans drainage, de la paroi abdominale. Guérison rapide et sans incidents.

La malade quitta l'hôpital le 28 mars. Avant son départ, M. Tédénat constata la production d'une légère ascite et quelques nodules dans le flanc gauche. La santé générale resta améliorée pendant cinq ou six semaines ; mais alors l'ascite devint très appréciable, puis augmenta rapidement. Des masses noduleuses devinrent perceptibles un peu partout dans l'abdomen et l'excavation pelvienne. Mort en cachexie trois mois après l'opération.

Examen des pièces. — L'ovaire droit a une couleur gris rosé, est de forme ronde, de consistance moyenne uniforme. A la coupe, aspect encéphaloïde, sans traces de kystes, uniforme dans toute son étendue. De la région du hile naît une bande de trois centimètres d'épaisseur, charnue, noduleuse, large de cinq centimètres qui se continue avec l'épiploon. Ce dernier est resté souple, sans la dureté qu'on voit dans les épiploïtes chroniques, mais il est bourré de tumeurs arrondies (noisettes, noix, pomme d'api) qu'on voit bien nettement, surtout pour les plus petites, attachées le long des veines. Les tumeurs ne se peuvent aisément compter ; il y en a bien près de cent, en ne tenant compte que de celles qui ont au moins le volume d'une petite noisette.

L'examen mi-croscopique a montré la structure du sar-

come globo-cellulaire pur, aussi bien pour la tumeur ovarienne que pour les tumeurs développées sur l'épiploon.

Aucune trace de tissu ovarien, aucune formation kystique. Ça et là, au milieu du tissu globo-cellulaire quelques rares traînées de cellules fusiformes, mais pas de vrai réticulum de tissu connectif adulte.

Les tumeurs développées dans l'épiploon ont la même structure globocellulaire. Le tissu sarcomateux se fusionne avec la paroi externe de la veine, sans altération appréciable de l'endothélium, sans thrombose.

La tumeur ovarienne pèse 350 grammes. La masse épiploïque pèse 2,400 grammes.

OBSERVATION X

(Ladouce. — Th. Paris, 1890.)

Sarcome de l'ovaire droit avec généralisation.

Femme 20 ans, accouchée 11 mois auparavant. Depuis apparition et accroissement rapide d'une tumeur dans le ventre qui présente le volume d'une grossesse de sept mois. Tumeur dure convexe occupant la fosse iliaque droite et l'hypogastre. Utérus mobile paraissant normal.

Etat général mauvais, fièvre hectique, constipation. Mort un an après l'accouchement.

Autopsie. — Sarcome de l'ovaire droit, 27 millimètres de circonférence, 17 de diamètre. Enveloppe fibreuse résistante, tissu ferme à la périphérie, ramolli au centre.

Généralisation au foie, poumon ; ganglions.

OBSERVATION XI

(Péan. — Cliniq. chirurg., 1881-82.)

Sarcome kystique des 2 ovaires, des 2 ligaments larges.

X..., réglée 11 ans, vierge, faible. Début soupçonné par la malade 3 ans, reconnu par le médecin cinq semaines. Accroissement rapide depuis.

Laparotomie. Tumeur solide percée de petits kystes sanguins, myxomateux remontant à l'épigastre.

Leur morcellement permet d'attirer au dehors le reste qui est multilobulé. L'implantation a lieu à la fois sur les ovaires, les ligaments larges et l'utérus.

Ablation.

OBSERVATION XII

(Péan. — Cliniq. chirurg., 1881-82.)

Sarcome kystique des 2 ovaires, ligaments larges et du petit bassin.

X..., réglée 13 ans, mariée à 25. Pas d'enfants. Début reconnu il y a 18 mois. Développement rapide depuis 6 mois. Amaigrissement. 3 ponctions. Ventre bosselé, énorme à parois minces.

Laparotomie. Adhérences de la tumeur avec les parois abdominales et pelviennes, épiploon, intestin. Ouvertures de plusieurs loges donnant 15 litres de liquide. Extraction de la partie solide. Implantation large sur les 2 ovaires, les ligaments larges et le bassin. Ablation.

Suites favorables.

OBSERVATION XIII

(Clement. — Deutsch. Klinik, 1873).

Sarcome médullaire de l'ovaire gauche.

N..., 45 ans, porte dans le ventre tumeur depuis 10 ans. Développement par saccades. Malgré des douleurs incessantes, vaquait à ses affaires.

Ponction : sang et sérosité.

Mort : six semaines après

Autopsie : Sarcome médullaire de l'ovaire gauche, de 80 livres, plus 8 litres de sérosité.

OBSERVATION XIV

P. Soubeyran. — Endothéliome de l'ovaire. *Bull. de la Soc. anat.* Juillet 1902.

M... H..., âgée de 48 ans, entre dans le service de M. le professeur Tédénat le 5 février 1902. Les antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien d'intéressant à étudier. Réglée à 15 ans régulièrement. Quatre grossesses normales de 27 à 38 ans. Depuis 4 ou 5 ans elle a remarqué de l'irrégularité dans ses règles ; celles-ci plus abondantes, durant 5 à 6 jours au lieu de 4, venant parfois 2 fois dans le même mois avec caillots et douleurs. Il y a un an, forte perte qui l'affaiblit et dura un mois. Légère leucorrhée habituelle.

Deux mois avant son entrée, elle commença à souffrir de son ventre à la suite de ses règles qui avaient eu les caractères que nous avons énumérés. En même temps,

survint une forte anorexie avec état gastrique ; vomissements fréquents, constipation tenace ; nous devons d'ailleurs noter que depuis deux ans la malade avait des digestions lentes, avec des nausées et des sensations de brûlure au creux épigastrique.

Le mois suivant, les règles arrivent à leur époque avec de vives douleurs et la malade localise alors les phénomènes douloureux du côté droit de l'abdomen. Examinée à ce moment, on constate : abaissement considérable du sein droit, tumeur lobulée de la corne droite, un peu mobile. Quelques jours après, dix jours avant son entrée dans le service, le ventre commence à grossir, les douleurs augmentent, une ascite abondante se forme rapidement.

Etat actuel. — Femme nerveuse ; rien au cœur, ni au poumon. Pouls à 100 assez faible ; anorexie presque complète, vomissements alimentaires tenaces ; constipation opiniâtre. Etat général mauvais. Urine 950 c. c. avec 11 gr. d'urée par 24 heures.

On constate une ascite abondante et mobile, dépassant l'ombilic de quatre travers de doigt. Par le toucher vaginal combiné, on sent une tumeur située sur le côté droit de l'utérus, bosselée, dure, volumineuse, qui paraît reliée à la corne droite par un pédicule. L'utérus est mobile, un peu gros. On diagnostique un kyste papillaire de l'ovaire droit, à cause de l'apparition de l'ascite et bien que la tumeur ne parût pas incluse dans le ligament large.

Rapidement, en 3 ou 4 jours, avec douleurs, pouls rapide, insomnie, l'ascite augmente et l'état général devient de plus en plus mauvais.

Laparotomie le 9 février, pratiquée par M. Tédénat ; 6 litres de liquide abondant. Une grosse anse d'insertion, dilatée, rouge, avec quelques granulations tuberculeuses disséminées traverse la ligne d'incision. On voit d'autres

granulations grises commençant à jaunir sur le péritoine pariétal ; elles sont disséminées là comme sur l'anse. La main, plongée vers l'utérus, trouve à la corne droite une tumeur bosselée, dure, à pédicule court, qui est attirée ; son pédicule fragile se rompt ; ligatures. L'utérus est un peu gros ; ovaire gauche normal. La cavité pelvienne est asséchée. Pas d'hémorragie.

Suites opératoires. — Bonnes les premiers jours. A partir du sixième jour, le ventre commence à se ballonner et l'on constate de l'ascite, qui disparaît les jours suivants. Le ballonnement s'accroît, l'estomac est distendu, la malade vomit, le facies se cerne, le pouls devient incomptable et elle meurt 9 jours après l'opération. Les derniers vomissements renfermaient du sang.

Examen macroscopique. — Tumeur ovoïde, du volume d'une tête de fœtus à terme, couleur blanc jaunâtre ; bosselures dont la consistance est dure ; quelques-unes renferment un liquide clair. A la tumeur est annexée la trompe, épaisse, indurée, avec des petites végétations dures à sa surface ; à la coupe la lumière est réduite ; à son pavillon pend un petit kyste.

Coupe de la tumeur. — Est gris rosé, avec quelques points ramollis et, à la périphérie, un piqueté hémorragique. Tissu compact et ferme. La capsule envoie des travées, limitant des noyaux arrondis, à bords festonnés ; les travées s'épaississent vers le centre et forment une gangue, où sont des nodules de volume variable.

Par le raclage. — Tumeur blanc grisâtre, qui colorée par le triacide d'Ebert montre des cellules qui ont l'aspect de cellules sarcomateuses.

Examen microscopique (Dû à l'obligeance de M. le professeur Bosc) :

1° *Faible grossissement.* — L'examen d'un noyau montre

que la partie superficielle est formée de faisceaux de cellules fusiformes dirigées dans les directions les plus variables. Dans ce tissu existent des amas de cellules disposées en forme de tube, qui suivent les inflexions du stroma.

Ces tubes formés de cellules volumineuses vont en augmentant en nombre, à mesure que l'on s'éloigne de la surface. Les faisceaux du stroma deviennent de moins en moins distincts et il est enfin constitué de cellules fusiformes. Elles limitent des tubes très volumineux, souvent élargis en lobules.

Enfin, au centre le tissu intermédiaire subit la dégénérescence muqueuse ; à mesure que cette dégénérescence progresse, les formations tubulées disparaissent.

2° *A un fort grossissement.*—Les gros tubes sont formés de cellules volumineuses arrondies ou polygonales, à noyau très volumineux et chargé de chromatine. Dans certains tubes, il existe un espace vide entre le stroma et la prolifération néoplasique ; on peut parfois se rendre compte très nettement que ce vide représente un espace lymphatique distendu, les cellules qui le bordent ayant la forme de cellules endothéliales nettes qui s'hypertrophient et se confondent avec la production tubulaire.

Au niveau des petits tubes, cette relation entre les cellules néoplasiques et les cellules limitantes d'espaces lymphatiques est encore bien plus nette et parfois on voit le tube se continuer avec des cellules encore disposées tour à tour, très hypertrophiées et ayant à la fois les caractères de cellules néoplasiques et de cellules endothéliales manifestes.

Dans les points où la coupe présentait à un faible grossissement un aspect sarcomateux, on voit qu'il existe des *cellules isolées* volumineuses ayant tous les caractères

des cellules néoplasiques et qui sont en rapport direct avec des cellules de la gangue, elle-même hypertrophiée. Elles procèdent certainement de cellules, car on constate toutes les transitions entre la cellule fusiforme, la cellule polygonale à prolongements multiples et la cellule néoplasique isolée. Certaines de ces cellules isolées s'hypertrophient fortement et peuvent renfermer plusieurs noyaux. Ces cellules isolées nous paraissent comme devoir être interprétées comme des cellules limitantes des petits espaces conjonctifs en voie d'hypertrophie. Elles prolifèrent et arrivent à former des tubes plus ou moins volumineux. L'aspect cylindromateux dans certains points de la préparation est dû à la dégénérescence mucoïde des cellules centrales du lobule cellulaire, les cellules périphériques conservant leur noyau et une partie plus ou moins grande de leur protoplasma.

Dans les points où la dégénérescence myxomateuse du stroma se produit, les cellules prennent une forme étoilée à longs prolongements, se raréfient, séparées par de larges espaces remplis de liquide. A mesure que cette dégénérescence progresse vers la périphérie de la tumeur, les cellules néoplasiques isolées deviennent rondes, dégénèrent et disparaissent. Les tubes subissent le même processus.

OBSERVATION XV

Federlin (Strassburg). — Beiträge zur Geburtsch mit Gynékol, Bd. VIII 4/12.

Cet auteur a fait 2 laparotomies pour une tumeur de l'ovaire qui, au point de vue clinique, avait l'aspect d'un cysto-sarcome ou d'un cysto-carcinome avec des ganglions inguinaux. L'examen histologique a démontré que c'était

un endothéliome des deux ovaires avec métastase dans l'utérus et les ganglions inguinaux.

OBSERVATION XVI

Daniel Nelson. — Soc. Gyn. Chicago. — Fibro-sarcome ovarique. Torsion du pédicule enlevé dans une autopsie

Malade, trois années après son dernier accouchement, a eu des hémorragies. Inflammation péri-ovarique droite. Elle fait du sang par le rectum. Il y a trois mois, commence à grossir.

A son entrée à l'hôpital, le 7 juin 1886, pouls 106. Temp. 38° ; le soir, pouls 132. Temp. 38° 2. On eût pu opérer mais mort.

Autopsie. — Tumeur peu adhérente à la paroi abdominale qui présente à ce niveau de la congestion veineuse. Le pédicule n'était pas assez tordu pour qu'elle soit nécrosée. L'utérus était seulement congestionné.

OBSERVATION XVII

(Croom.— Lectures on diseases of women. Schol of med. Edimburg.)

Sarcome de l'ovaire avec développement sexuel prématuré.

1^{er} cas. — Une enfant âgée de 7 ans, ayant les seins développés avec des pertes hémorragiques. Opérée de sarcome de l'ovaire droit. Les seins s'affaissent et les hémorragies cessent.

2^e cas. — Enfant âgée de 7 ans, avec tumeurs abdominales. Seins développés, poils sur le pubis ; on pouvait penser à une grossesse. Mais tumeur mobile, solide et absence de connexion.

Opération. — Ascite et sarcome de l'ovaire gauche.

OBSERVATION XVIII

(Routier. — Méd. moderne 1891.)

Sarcome de l'ovaire.

M..., 36 ans, a eu 3 enfants.

Il y a 7 ans, troubles menstruels. Ascite rapide, il y a 4 ans; hémorragie il y a 2 ans.

Tumeur abdominale à droite, remontant à 5 travers de doigt sur l'ombilic. Signes de kystes de l'ovaire. Laparotomie. Contraction unilatérale. Sarcome de l'ovaire. Elle a mis au monde deux jumeaux un an après.

CONCLUSIONS

De l'étude qui précède, nous tirerons les conclusions suivantes :

1° Les sarcomes de l'ovaire, longtemps méconnus, deviennent plus fréquents depuis que les interventions aseptiques se multiplient et qu'il y a examen histologique des pièces enlevées.

2° Au point de vue anatomique, rarement ce sont des sarcomes purs. Le plus souvent, leur structure est modifiée par le développement d'éléments, de tissus de l'organe. Aussi les variétés histologiques de ces néoplasmes sont multiples.

3° Il n'y a pas de symptômes propres au sarcome de l'ovaire. Ce sont les signes des tumeurs solides de l'ovaire. Aussi le diagnostic est-il difficile. Peut-être faut-il surtout tenir compte de l'âge, de l'ascite, de l'évolution particulière de ce néoplasme.

Cette évolution peut se terminer par la généralisation, les métastases qui se font par les voies lymphatiques et vasculaires. Elle peut être arrêtée par les complications communes aux tumeurs solides de l'ovaire.

4° Ce sont des tumeurs malignes. Cette malignité est en rapport avec la forme anatomique : très graves les formes

globo-cellulaires; les fibro-sarcomes, les sarcomès fuso-cellulaires ayant une moindre malignité.

Si une femme atteinte de sarcome peut devenir enceinte, du fait de cette grossesse, il faut craindre une impulsion à la marche du sarcome.

5° En dehors de contrè-indications tirées d'un état général trop affaibli, de tumeurs trop considérables ou multiples, l'intervention doit être précoce et systématique : ablation.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,
Montpellier, le 13 juillet 1905
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ
Montpellier, le 13 juillet 1905
Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Amann.** — Arch. f. Gynaek. Bd. XLIV.
— Mikroskop, Gynaek. diagnostic. Wiesbaden, J.-F. Bergmann, 1897.
- Assaky.** — Sarcome encéphalique de l'ovaire. Bull. soc. anat., 1879.
- Atlée.** — Sarcome de l'ovaire (Transact. of the Americ. gyn. soc., 1877).
- Atthell.** — Sarcome de l'ovaire. (Pat. soc. of London in the Dublin. Journ. of med., 1875.)
- Bourgoin.** — Etude clinique sur quelques tumeurs solides de l'ovaire. Th. Paris, 1894.
- Braun.** — Soc. obst. et gyn. de Vienne, 1880.
- Brindel.** — Gaz. méd. de Paris, 1894.
- Budin.** — Bull. soc. anat., 1875.
- Burney.** — M. Am. of surg., 1895 June.
- Cazenave.** — Th. Paris, 1895.
- Chrobak.** — Wiener med. Blaetter 1889, n° 23.
- Clement.** — Sarcome médullaire de l'ovaire. Deutsche Klinik, 1873.
- Cornil et Ranvier.** — Histologie pathologique.
- Croom.** — Sarcome des ovaires avec développement sexuel prématuré. (Lectures on diseases of women. Scholl of medicine Edimburgh).
- Cullen Johns.** — Hopkins hosp. Rep. 1894. Dez.
- Dartigue.** —
- Delbare.** — Sarcome des ovaires. Bull. soc. anat., 1870.
- Delbet.** — Traité de chirurgie.
- Doran.** — Transact. of the pathol. Soc. of London, 1889, p. 8.
- Dubois.** — Th. Paris, 1898 Sarcome de l'ovaire.
- Eckardt.** — Ueber Endotheliale Eierstoktumoren (Zeitschrift fur Geb. und Gyn., 1889, p. 344).
- Eden.** — Trans. of the obstetric. Soc. of London, XXXV, 1893, IV.

- Fashender.** — Sarcome kystique de l'ovaire. (Berlin Klinik. Wochens., 1880.
Fischel (Wich). — Progrès médical. Wochenschr. 1876.
Flaischlen. — Zeitsch. für Geb. und Gyn., 1882. Bd VII, p. 419.
Friedländer. — Inaug. dissertat. München, 1891.
Golgi. — Sulla Struttura e sullo sviluppo degli Psammomi. Pavie, 1869.
Virchow's Arch., 1869. Bd. LI.
Hansemann. — Deutschen med. Wochenschr. 1896
Heine. — Dissert. inaug. Erlangen, 1894.
Herff (V.). — Verhandl. der D. Ges. für Gynäk. zu Wien, 1893.
Jarry. — Sarcome mélanique généralisé du bassin et des ovaires. Bull.
anat., 1881.
Kohn. —
Krukenberg. — Arch. für Gynecol. Bd L.
Ladouce. — Th. Paris, 1890.
Lamarque. — Th. Bordeaux, 1889.
Langer. — Arch. für Gynecol. Bd XLIX.
Leopold. — Arch. für Gynecol. Bd VI.
— Deutsch. med. Wochens. 1887, n° 4.
— Centralblatt für Gynäk., 1894, p. 1171.
Lobeck. — Soc. med. de Dresde. (Berlin Klinik. Wochens.
Mallet. — Med. Record, 1894, Febr. 26.
Malassez et de Sinety. — Arch. physiol., 1879.
Marchand. — Beitrag zur Kenntnis den Ovarientumoren. Halle. 1079
Martin. — Arch. für Gynecol., 1893, p. 214.
Mengershausen. — Inaug. dissert. Iena, 1876.
Morgagni. — Kysto-sarcome, lettre 39
Morisani. — Cysto-sarcome de l'ovaire in il Morgagni. Naples, 1870.
Müller (V.). — Arch. für Gynecol. Bd XLII.
Munchmayer. —
Murray. — Transact. of the obst. soc. of London, XII
Nelson (D.). — Soc. Gynec. Chicago, 1887.
Nicaise. — Soc. chirurgic. Paris, 1881.
Öttinger et Tissier. — Soc. anat., 1881.
Olshausen. — I c und Zeitschr. für Geburtsch. und Gynecol. Bd XXVII
Orth. — Spec. pathol. anat. Berlin, 1893, p. 572.
Ozenne. — Soc. anat., 1880.
Page. —
Péan. — Clinique chirurgicale, 1879-1884.
Petit. — Soc. anat. Bordeaux, 1885.
Pfannenstiel. — Arch. für Gynäk. Bd XLVIII.
Pick. — Berl. Klinik Wochenschr., 1894, n° 45-46.
— Centralblatt für Gynec., 1894, p. 940.

- Polaillon.** — Arch. de Tocologie, 1885.
Pomorski. — Zeitschr. für Geb. und Gyn. Bd XVIII.
Pozzi. — Traité de Gynécologie.
Puech. — Fibromes de l'ovaire. Gaz. des hôpitaux, 1905.
Rémy. — Soc. anat., 1874.
Renz. — In diss. Tübingen, 1891.
Rieder. — Münch. med. Wochens., 1889, n° 4.
Rosthorn (V.). — Arch. für Gynec. Bd. XLI.
Routier. — Méd. moderne, 1891.
Schvertassek. — Arch. für Gynecol. Bd. XLVII
Serger. — Inaug. Dissert. München, 1888.
Séguret. — Traité Duplay et Reclus.
Stiling. — Deutsch. Klinik, 1868.
Theilhaber. — Münch med. Woch 1893 N. 28.
Temesvary. — Veralg der D. Ges für Gyn. zu Wien. 1895, p. 746.
Terriel. — Soc. anat. 1878.
Veit. — Handbuch der Gyneck. 1898, p. 393, 1^{re} partie, t. 3.
Velitz (V.). — Zeitschr. für Geburtsch und Gyneck. Bd. XVIII und devos.
hetilcip. Budapest. 1888 Bd. XXXII (ref Centielblatt für Gyneki
1889, p. 63).
Viguiet. — Soc. anat. 1872.
Vineberg. — The Americ gyn. and obst. New-York, 1887.
Vogl. — Untersuchung von 12 Ovarientumoren. München-Ackermann 1896.
Volkmann (R.). — Deutsche Zeitschr. für Chirurgie Bd. XLI.
Voigt. — Arch. für Gynaek Bd. XLVII und IL.
Wolff (M.). — Inaug. Diss Greifwald. 1895.
Zeisingmeister. —
Ziembicki. — Tumeur solide de l'ovaire. Th. Paris. 1875.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
